



Il modello lombardo della residenzialità leggera: la normativa, la rete, i programmi di cura

Autori

Mauro Percudani¹, Claudio Di Lello², Giuseppe Biffi²

1 Dipartimento di Salute Mentale, A.O. "G. Salvini", Garbagnate Milanese (Mi)

2 Dipartimento di Salute Mentale, A.O. San Carlo, Milano

Inviato il 4 dicembre 2015, rivisto il 7 dicembre 2015, accettato il 10 dicembre 2015

Abstract

La residenzialità leggera è stata proposta come modello innovativo di residenzialità nel Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) lombardo del 2004. Le successiva normativa attuativa ha fornito indicazioni operative per il suo sviluppo e requisiti di accreditamento per la realizzazione di programmi sanitari che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto. Il presente articolo descrive la normativa di riferimento, i criteri attuativi e la traiettoria di sviluppo del modello "residenzialità leggera" nell'ambito del territorio lombardo.

Summary

The "supported housing programme" has been proposed as an innovative model of residential care in the Regional Mental Health Plane approved by Lombardy Region (2004). The subsequent implementing legislation has provided operational guidance for its development and accreditation requirements for the implementation of health programs that do not have their focus in the residential facility, but that need to be implemented from the support of an adequate housing solution for the subject. This article describes the relevant legislation, the implementation criteria and the development trajectory of the model of "supported housing programme" in the community mental health services in Lombardy.

Il sistema residenzialità in Regione Lombardia

Dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, la "residenzialità" ha rappresentato l'area della assistenza psichiatrica in cui vi è stato il maggiore sviluppo e ove vi sono stati i maggiori cambiamenti. Nel corso degli anni i posti letto in strutture residenziali sono incrementati progressivamente e anche negli ultimi anni tale crescita non si è rallentata. Il Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) del 2004 ha identificato la "residenzialità psichiatrica" come una "funzione a cui si deve rispondere con una pluralità di risorse nell'ambito di strutture differenziate in base al livello di intervento terapeutico riabilitativo e al grado di intensità assistenziale offerto". Il PRSM indicava come azioni prioritarie: i) ripensare la classificazione delle SR differenziate in base all'impegno riabilitativo assolto; ii) promuovere percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più alta intensità riabilitativa alle strutture a più bassa intensità riabilitativa e di area sociale; iii) definire per le strutture a prevalenza riabilitativa i tempi massimi di durata del trattamento, per evitare che strutture sanitarie diventino sostitutive di risorse socio-assistenziali; iv) prevedere, soprattutto per i pazienti con limitate necessità psichiatriche, un attivo coinvolgimento di ASL, Comuni e altri soggetti per realizzare programmi residenziali di area sociale (1).

Gli obiettivi strategici posti dal Piano sono stati attuati con la DGR 4221/2007 "Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione del PRSM" nell'ambito della quale è stata prevista, relativamente alla residenzialità psichiatrica di area sociale, l'attivazione di programmi di residenzialità leggera (2).

La residenzialità leggera: aspetti normativi

La DGR 4221/2007 indica l'area della residenzialità leggera per l'erogazione di programmi sanitari che “non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto”. La residenzialità leggera è stata, infatti, individuata come risposta flessibile alle esigenze abitative di utenti clinicamente stabilizzati, allo scopo di permettere il completamento del loro percorso riabilitativo (2). Il programma di residenzialità leggera (RL) rappresenta una risposta al bisogno di completamento del percorso riabilitativo per pazienti con un grado di autonomia intermedia, che possono essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti. Pazienti cioè con bisogni differenti e divenuti, pur in grado diverso, più idonei all'autoconservazione, ma non del tutto emancipati. I programmi di residenzialità leggera, in quanto prestazioni sanitarie, possono essere attuati solo da parte di soggetti accreditati per attività di psichiatria sulla base di requisiti definiti.

I requisiti di accreditamento sono stati introdotti con la DGR VIII/7861 del 30/7/08 “Determinazioni in ordine alla residenzialità leggera in psichiatria”. Tali requisiti prevedono che i programmi di residenzialità leggera non abbiano il fulcro in una struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito, collocata in un normale contesto residenziale urbano, conforme alle “civili abitazioni”. Viene posto il limite massimo di cinque posti per appartamento e il massimo di due appartamenti per stabile. Riguardo alle attività riabilitative è previsto che i programmi di residenzialità leggera garantiscano interventi rivolti al sostegno dell'autonomia acquisita dal soggetto assimilabili ai programmi di medio/bassa intensità riabilitativa, e che vi sia una particolare attenzione agli interventi di rete sociale. Il progetto riabilitativo è fondato su un progetto individuale che descrive obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma e attività necessarie a realizzare gli obiettivi, ed è coerente con il Piano di Trattamento Individuale (PTI) elaborato a livello territoriale. Il programma di residenzialità leggera prevede la presenza di personale socio-sanitario multi-professionale in grado di fornire la propria assistenza tutti i giorni feriali, con presenze nei momenti principali che scandiscono la giornata (mattino, mezzogiorno, sera) e con l'impegno orario richiesto dalla situazione specifica.

Elemento cardine del modello è il sostegno sociale da parte di cittadini e comuni “tramite intese operative e modalità gestionali che favoriscano la fruizione dei diritti di cittadinanza”. Le prestazioni sanitarie erogate per le attività vengono remunerate con una tariffa forfettaria di 45€ giornalieri per paziente, cui va aggiunta una “quota sociale” che copre le spese di vitto e alloggio e che è a carico dell'utente, dei familiari o del Comune. Il valore della quota sociale varia, quindi, in relazione al contesto abitativo e alle scelte del DSM.

In sintesi, secondo quanto previsto dalla normativa, la modalità di attivazione dei programmi di residenzialità leggera prevede: a) la proposta di un progetto da parte di una Azienda Ospedaliera o Ente gestore privato accreditato alla ASL, previa valutazione espressa dall'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale; b) la stipula del contratto con la ASL per la “quota sanitaria”; c) le forme di corresponsione della “quota sociale” da concordare con gli Enti locali; d) l'individuazione di appartamenti con requisiti idonei; e) il personale per l'attuazione del programma individuale previsto e le eventuali convenzioni; f) le procedure di inserimento e di monitoraggio dei programmi con l'UOP titolare della presa in carico del paziente.

La traiettoria della residenzialità leggera e una prima valutazione

Nelle aree territoriali ove i programmi di Residenzialità Leggera sono stati inizialmente avviati, le esperienze hanno esordito come “progetti innovativi” e sono state successivamente stabilizzate nell'ambito delle attività ordinarie. A livello regionale una diffusione uniforme si è realizzata nel 2009 e 2010. Successivamente alla entrata in vigore della DGR 7861 del 2008, nel corso dell'anno, undici delle quindici ASL lombarde avevano attivato qualche esperienza di residenzialità leggera. Alla fine del 2008 erano stati complessivamente attivati a livello regionale 128 progetti. Nel 2009 la numerosità dei progetti è raddoppiata e al termine dell'anno i progetti avviati erano 285. Riguardo all'utenza coinvolta nei progetti, il 58% era di sesso maschile, il 50% di età inferiore ai 45 anni e nel 56% affetta da diagnosi di schizofrenia. Negli anni successivi la numerosità dei programmi avviati è cresciuta costantemente e alla fine del 2012 i progetti attivati erano 579 a livello regionale di cui il 60 % in capo alle Aziende Ospedaliere e ai DSM e il 40 % gestiti da soggetti privati accreditati (3).

Nel corso degli anni 2011/2012 la DG Salute della Regione Lombardia ha programmato la prima valutazione qualitativa e quantitativa dei progetti avviati, assegnando a Fondazione “Gaetano Bertini Malgarini” Onlus il compito di condurre la ricerca. La valutazione dei percorsi è stata effettuata tramite specifici questionari. Si sono così raccolte le risposte di 80 responsabili, 39 referenti territoriali, 380 utenti e 205 familiari (4).

Nel corso della ricerca sono stati individuati 125 nuclei abitativi, per un totale di 399 utenti, di cui 216 ospitati in progetti a titolarità pubblica e 183 in residenze gestite dal terzo settore. La media registrata a gennaio 2012 era di 3,2 utenti per abitazione e di 4,5 locali per appartamento. Il campione di utenti risulta composto da 134 donne e 226 uomini, con un'età media di 44,6 anni. Per la maggior parte degli operatori intervistati, i percorsi di RL rappresentano una soluzione dinamica, costruttiva e adeguata alle esigenze di molti utenti, oltre a diventare un percorso innovativo anche per gli operatori. Diversi operatori hanno evidenziato come, rispetto alle Comunità, nelle RL sia importante la dimensione poco "sanitaria", l'aspetto più "familiare" e "quotidiano" del progetto. In alcuni casi, inoltre, la permanenza in RL degli utenti ha consentito di migliorare la stabilità dei rapporti con la famiglia e con la rete di provenienza, rafforzando delle competenze che già esistevano, anche nell'area della socialità. Secondo diversi operatori, infine, i progetti di residenzialità leggera possono contribuire all'abbattimento dello stigma nei confronti della malattia mentale poiché aiutano gli utenti ad integrarsi nel quartiere in cui vivono.

Gli aspetti positivi sottolineati più di frequente sono quindi quelli dell'autonomia, della libertà, della familiarità nell'ambiente e nel rapporto con gli operatori. Elementi che si trovano anche nelle risposte aperte date dagli utenti, nelle quali le parole "autonomia", "libertà" e "condivisione" sono particolarmente ricorrenti. Le opinioni positive espresse dagli utenti sono spesso condivise dai loro familiari, che nelle risposte aperte ripetono più volte la parola "casa".

Conclusioni

I dati raccolti portano alla considerazione che l'attivazione dei programmi di residenzialità leggera ha portato nel sistema elementi di innovazione e alcune buone prassi operative. In primo luogo un incremento della flessibilità dei servizi e il rafforzamento della collaborazione tra attori diversi che giocano ruoli rilevanti nell'ambito della tutela della salute mentale a livello di un territorio. L'offerta nell'ambito della residenzialità psichiatrica è oggi maggiormente ricca e variegata. L'esigenza che emerge è quella di sviluppare tale opportunità cercando di superare l'organizzazione delle diverse forme di residenzialità in compartimenti stagni. La residenzialità leggera può svolgere un ruolo importante in questa prospettiva promuovendo maggiore dinamismo nell'ambito del sistema della residenzialità psichiatrica e favorendo una maggior responsabilità nell'utilizzo delle risorse pubbliche a disposizione della salute mentale.

Bibliografia

1. Petrovich L., Percudani M. "Il Piano Regionale per la Salute Mentale approvato dalla Regione Lombardia: le implicazioni e le prospettive per l'assistenza psichiatrica", *Psichiatria di Comunità*, 2004, 4, pp. 164-169.
2. Cerati G, Percudani M, Merckling D et al., "Percorsi riabilitativi: i nuovi programmi e la residenzialità leggera", *Psichiatria Oggi*, 2008, n. 1-2, pp. 32-39.
3. Di Lello C, Taddei S, Cataldi A et al., "L'esito dei programmi di Residenzialità Leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano", *Psichiatria Oggi*, 2013, 1, pp. 40-45.
4. Cerati G, Percudani M, Vita A, Sironi G, Merckling D, Valvassori Bolgé G., "Nuovi modelli e nuove prospettive per la residenzialità psichiatrica", in *La Psichiatria di comunità in Lombardia*, a cura di M Percudani, G Cerati, L Petrovich, A Vita, Mc Grow Hill, Milano, 2013, pp 169-191.

Non vi sono conflitti di interesse né fonti di finanziamento.